**TERMINOS DE REFERENCIA**

**CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025**

**CP-08-24**

1. **ANTECEDENTES**

En virtud de la demanda de servicios en todas las especialidades en la regional Potosí de la CSBP, se realiza un proceso abreviado para la contratación por **MONTO FIJO** a Profesionales en especialidad de **traumatología**.

1. **OBJETIVOS**

Brindar atención especializada e integral, a la población asegurada a la CSBP regional Potosí, mediante la contratación de profesionales especialistas en traumatología.

1. **ACTIVIDADES A REALIZAR**
2. Contratar a médicos externos para compra de servicios por monto fijo: especialidad en traumatología.
3. Atender todas las necesidades de consulta externa e interconsultas en la especialidad mencionada solicitadas por la planta de médicos del policonsultorio y médicos externos de hospitalización.
4. Atención de pacientes en especialidad de traumatología, en el mes, atención de emergencia y hospitalización de acuerdo con rol de turnos por semana o de 15 días elaborado cada mes.
5. **SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA CSBP (CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA)**

A Cargo de Jefatura médica en la parte técnica. En asuntos administrativos el seguimiento estará a cargo de Encargada de Enfermería, Trabajo Social y Encargado de Informática de la CSBP. Se realizará seguimiento en cualquier nivel y a través del comité de expediente clínico y de auditoria médica.

1. **LUGAR DE SERVICIO**

Consultorio de la CSBP Regional Potosí, consultorios particulares de los especialistas y en Clínicas contratadas por la CSBP.

1. **PLAZO DE CONTRATO**

El plazo de vigencia de contrato por evento correrá a partir del 01 de agosto del 2024 al 31 de julio del 2025.

1. **MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS**

Para Profesionales médicos especialistas en traumatología:

1. La atención de consulta externa, interconsulta se realizara en el Policonsultorio de la CSBP Regional Potosí o en consultorios privados, clínicas contratadas por la CSBP previa coordinación de horario entre el médico especialista, asegurado (paciente) y Jefatura Medica, la hospitalización y su atención medica se realizara en clínicas contratadas por la CSBP para pacientes que requieran atención por servicio de traumatología , todo el mes según necesidad de cirugías programadas y de emergencia según rol de turno establecido cada mes durante el tiempo que dure el contrato .

2. La CSBP capacitará a los profesionales en el uso del SAMI.

3. Todos los Profesionales en salud deben registrar su información de Consulta externa y/o hospitalización en el SAMI, para lo cual estará disponible equipos en las clínicas que prestan servicios a la CSBP, y en el Policonsultorio de la CSBP. En el Sistema (SAMI) se debe registrar TODA LA INFORMACIÓN emergente de la atención del paciente en las historias clínicas, los relatos operatorios, evoluciones, epicrisis, etc. Mediante el SAMI se debe emitir órdenes de laboratorios, ordenes de exámenes auxiliares, recetas médicas interconsultas y juntas médicas. Luego de registrar la información en el SAMI se debe imprimir la HCL, ordenes médicas de laboratorio y gabinetes, recetas luego sellar y firmar.

4. Según Normativa Nacional, el médico tratante **es el único que debe registrar en la Historia clínica, "todos”** los medicamentos utilizados, las pruebas de laboratorio realizadas, los estudios complementarios (RX, ecografías, TAC, otros.)

5. Es obligatorio el **REGISTRO** de la información en el SAMI, solo se cancelará al médico tratante cuando se verifique el correcto llenado de la información en la H.C.L. del SAMI.

6. Todas las **ALTAS HOSPITALARIAS** deben ser realizados ANTES DEL MEDIODIA. Después del mediodía, es un costo adicional para la CSBP y puntos en contra de médico infractor con riesgo de que el médico pueda cancelar el día adicional de internación.

7. Las **BAJAS MEDICAS** siempre son continuas es decir que incluyan sábados domingos y feriados, Indicando la fecha de inicio y fecha de conclusión. Las bajas médicas prolongadas se deben ajustar estrictamente a protocolos y serán sometidas a Auditorias Medicas. El tiempo máximo de baja médica que acepta es de 28 días continuos.

8. Todos los medicamentos que se deben utilizar en el tratamiento de los asegurados deben estar basados en la lista **LINAM**E, solo en casos excepcionales se puede llenar la receta única para medicamentos extraliname.

9. Todos los médicos que soliciten **Resonancia Magnética Nuclear**, por reglamento es necesario realizar UN INFORME MEDICO A DETALLE Y UNA JUNTA MEDICA. Con esta documentación se solicitará aprobación en COMISION NACIONAL DE PRESTACIONES (CONAPRE) que tarda más de dos semanas.

10.- En médicos que **tengan dificultad en el uso del SAMl**, la **HISTORIA CLINICA** **debe ser LLENADO COMPLETAMENTE** (hoja nueva o repetida y con letra legible), ADJUNTANDO una RECETA MANUAL firmada y sellada (que muestre nombre genérico, concentración presentación cantidad dosificación, vía de administración, horarios de administración).

11.- **La ANAMNESIS debe ser COMPLETA**: Causas del problema circunstancias en la que apareció el problema el lugar fecha y hora describir al agente externo que género el problema, etc. Este detalle permite TIPIFICAR correctamente el REGIMEN DE SEGURO, el cual **nos permite definir la fuente financiera del gasto en salud** (CSBP, SOA, Seguro contra accidentes, fondos propios del asegurado o de los agresores).

12.- Solo está permitido emitir órdenes médicas de las PRUEBAS DE LABORATORIO que le corresponda a cada especialidad. Si el médico tratante tiene dudas sobre el problema de salud del asegurado pedir una interconsulta. En lo posible **LAS PRUEBAS DE LABORATORIO deben ser específicas al problema que** **se consulta y al diagnóstico y estar basados de forma estricta a los protocolos médicos.** Es imperativo aplicar más clínica y pedir una CANTIDAD MINIMA DE PRUEBAS DE LABORATORIO (por asuntos presupuestarios) y deben ser emitidos para el Laboratorio con el que la CSBP tiene contrato.

15. Los profesionales que se postulen deben estar **dispuestos a coordinar y participar en un PLAN DE TURNOS** y evitar estar ausentes en momentos críticos junto con todos los especialistas.

16.- Los médicos seleccionados en la especialidad de traumatología deben cumplir con los lineamientos institucionales, normativos e instructivos que se emitan desde la CSBP.

1. **MODALIDAD DE PRESENTACIÓN DE INFORMES DE COBRO.**

Los informes deben ser presentados periódicamente, de acuerdo al cronograma establecido por jefatura médica de la CSBP, mismos que serán requisito indispensable para el pago correspondiente y de acuerdo al siguiente detalle:

1. Un folder con su fastenes incluyendo:

2. Solicitud de pago, indicando el mes y el monto que cobra. Si no tiene factura debe indicar el pago con recibo oficial y retención impositiva (solamente por unos meses) mientras gestiona su factura.

3. Factura original, correctamente llenada. A nombre de: Caja de Salud de la Banca Privada, con NIT: 1020635028

5. Hoja resumen de atenciones según formato CSBP.

1. **MONTO Y FORMA DE PAGO**

El pago se realiza por monto fijo y bajo cronograma establecido por jefatura médica y contabilidad del CSBP regional Potosí.

1. **PERFIL PROFESIONAL**

1) Formación profesional como Medico -cirujano con especialidad en Traumatología.

2) Experiencia Especifica Mínima: Dos años de experiencia laboral (se considera el año ASO como 1 año de experiencia laboral).

3) Que tenga actitud positiva, buen trato, con calidad y calidez en la atención al paciente y al personal de salud, solidos valores éticos, morales y responsabilidad.

1. **DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR LOS PROFESIONALES POSTULANTES**

1) Carta de postulación

2) Hoja de vida documentada. Se debe demostrar la experiencia profesional en la especialidad con certificados o contratos.

3) Fotocopia simple del título académico, titulo en provisión nacional y matrícula profesional.

4) Fotocopia simple del certificado de especialidad.

5) Fotocopia del carnet de identidad.

6) Fotocopia de NIT (deseable).

7) Propuesta económica.

1. **PROPUESTA TÉCNICA:**

Debe presentar en forma obligatoria la siguiente información en una o dos páginas:

**a. Indicar la aceptación de las condiciones descritas en el presente Termino de Referencia** (registro en el SAMI, altas médicas, medicamentos LINAME, requisitos de RMN, etc.)

**También se debe entender que el Profesional que presenta su propuesta técnica, está aceptando las condiciones descritas en los TDR.**

**PROPUESTA ECONOMICA**

Presentación de propuesta económica, en la que especifique el monto total a cobrar por la atención de pacientes programados y emergencia, en el periodo de duración del contrato (1 año), de acuerdo a rol de turno establecido (15 días de cada mes), en la especialidad de Traumatología.

1. **REQUISITOS PARA LA FIRMA DE CONTRATO**

El ganador del proceso, para la firma del contrato, deberá presentar:

* Fotocopia de Cédula de Identidad.
* Documentación original y respaldos con el propósito de verificar la autenticidad de la documentación presentada.
1. **FECHA Y LUGAR DE PRESENTAC IÓN DE CANDIDATURAS**

Los interesados en participar de la presente convocatoria, deberán presentar la documentación mencionada en sobre cerrado con el siguiente rótulo:

* Caja de Salud de la Banca Privada
* Agencia Regional Potosí
* Calle Periodista No. 132 esquina Padilla
* Referencia: Especialidad: Traumatología (Contrato por monto fijo).
* Nombre del Postulante: ...............................................................
* Dirección, ciudad, teléfono y correo electrónico de referencia

El sobre cerrado conteniendo los documentos mencionados, se debe hacer llegar hasta fecha y hora indicada en la convocatoria.

1. **APERTURA DE SOBRES**

Los responsables de la Comisión de Calificación de la C.S.B.P. abrirán los sobres de propuestas el mismo día de la recepción de los sobres.

1. **SISTEMA DE EVALUACION**
2. La Comisión de Calificación verificará la documentación presentada por cada proponente (hoja de vida documentada, propuesta técnica y propuesta económica), a fin de constatar si el mismo está habilitado para ser considerado y calificado, debiendo posteriormente la Comisión de Calificación, realizar una evaluación y análisis de cada propuesta.
3. La Calificación se dividirá en dos partes: a) Evaluación curricular (50 puntos), evaluación de propuesta técnica sobre 10 puntos, b) Propuesta económica sobre 40 puntos.
4. **NUMERO DE PROFESIONALE REQUERIDOS**

 **EL número de profesionales requeridos es:**

**2 médicos especialistas en traumatología**

••••••••••••••••••

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA  |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE |
| **FORMULARIO 3** | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

## FORMULARIO N° 1

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

 FECHA………………………

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025**

Estimados señores:

Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas para la **CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOÍIA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025**, destinada a la población Asegurada de Caja de Salud de la Banca Privada, el o la suscrito(a) ofrece el servicio requerido de conformidad a su solicitud, asimismo, manifiesto que la presente cotización tiene una vigencia de 60 días calendario.

Para su verificación respectiva adjunto a la presente, toda la documentación solicitada en hojas……., comprometiéndome en caso de ser adjudicado(a), presentar la documentación original o copia legalizada de acuerdo a sus requerimientos.

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Experiencia \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Nombre del profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Detalle** | **Propuesta (Hacer llenado por el proponente)** | **Cumple** | **No Cumple** |
| **CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025****SEGÚN PUNTO X Y XII** |  |  |  |

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**FORMULARIO N° 4**

**CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**

Fecha ……………….

Señores

Caja de Salud de la Banca Privada

Presente

 **REF.: Propuesta Económica**

Estimados señores:

De acuerdo a las Especificaciones Técnicas, respecto a la Cotización para la **CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025** la empresa o profesional ……………..…, ofrece proveer el servicio requerido, por su institución y realizar el cobro debidamente respaldado con la factura respectiva, por importe mensual de Bs………. y total de Bs………..

Declaro y garantizo que se ha examinado las Especificaciones Técnicas, así como los formularios para la presentación de la propuesta y que, en virtud de ello, acepto sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos.

Hasta que el documento final de orden de servicio sea procesado, reconoceremos como documentos obligatorios la propuesta y la aceptación escrita por parte de la Caja de Salud de la Banca Privada.

Nombre del Representante Legal

del Proponente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EXTERNOS A MONTO FIJO EN ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA, CSBP REGIONAL POTOSI-GESTIÓN 2024-2025**

**CP-08-2024**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 16/07/2022 | Hasta12:30 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 22/07/2024 | Hasta:15:00 |  **Presentación Por Correo:** jimena.llanos@csbp.com.boWalter.olivares@csbp.com.bo**Presentación Físico:**Calle Periodista N° 132 |
| 3 | Apertura de Ofertas. | Hasta:22/07/2024 | Hasta:15:30 | Calle Periodista N° 132 |
| 4 | Resultado Del Proceso | 24/07/2024 | NOTA DE ADJUDICACIÓN |

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación.